

ロタウイルス感染症予防接種予診票

				診 察 前 の 体 温		度		分	
住 所	札幌市 区			電話番号() -					
フリガナ				男	生年 月 日	令和 年 月 日生			
受ける人の氏名						(出生 週 日後)			
保護者の氏名			続柄		女	「出生○週●日後」とは、出生日の翌日を1日として算出した日をあらわします。			

質 問 事 項			回 答 欄		医師記入欄
			はい	いいえ	
今日受ける予防接種について、札幌市から配られている説明文書を読み、理解しましたか			はい	いいえ	
腸重積症について説明を受け(または札幌市からの説明文書を読み)、理解しましたか			はい	いいえ	
今日の接種は何回目ですか			1回目	2回目	3回目
これまでに接種した日付、ワクチンの種類を記入してください。(2回目以降の場合) ※前回のロタウイルスワクチン接種から27日以上の間隔が空いていることを確認			1回目	年 月 日	
			ロタリックス・ロタテック		
※前回のロタウイルスワクチン接種から27日以上の間隔が空いていることを確認			2回目	年 月 日	
			ロタリックス・ロタテック		
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 出生体重()g 分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか 乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか			あった あった ある	なかった なかった ない	
今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください()			はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名()			はい	いいえ	
1か月以内に家族や友達に麻しん(はしか)、風しん、水痘(水ぼうそう)、おたふくかぜなどの病気がいましたか 病名()			はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名() 受けた日()			はい	いいえ	
これまでに腸重積症になったことがありますか または、治療を完了していない先天性消化管障害がありますか *この場合、ロタウイルスワクチンの接種は実施できません			はい	いいえ	
これまでに免疫不全と診断されていますか または、肺炎や中耳炎などの感染症や下痢を繰り返したり、体重の増えが悪かったりしたことがありますか ※ロタウイルスワクチンの接種が実施できないことがあります			はい	いいえ	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気にかかり医師の診察を受けていますか 病名()			はい	いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか			はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ()か月頃			はい	いいえ	
そのとき熱が出ましたか			はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか 薬・食品名()			はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全と診断されている人はいますか			はい	いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種名()			ある	ない	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか			はい	いいえ	
母親が妊娠中に免疫を抑制する薬の投与を受けましたか 薬剤名()			はい	いいえ	
これまでに輸血またはガンマグロブリンの注射を受けましたか*			はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか			はい	いいえ	

医師記入欄	
以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(実施できる ・ 見合わせた方がよい)と判断します。 保護者に対して、予防接種の効果、副反応(特に腸重積症)及び予防接種健康被害救済制度について、説明しました。 医師の署名又は記名押印	

保護者記入欄	
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応(特に腸重積症)の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することに (同意します ・ 同意しません) ※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。 この予診票が、予防接種の安全性の確保を目的としていることを理解の上、本予診票が札幌市に提出されることに同意します。 保護者自署	

使用ワクチン名 (注)有効期限確認	接 種 量		実施場所・医師名・接種年月日	
ワクチン名 Lot No.	経口摂取		実 施 場 所 医 師 名 接種年月日 令和 年 月 日	
	ロタリックス 1.5ml	ロタテック 2ml		
医師記入欄				

※ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6か月以内に受けた方は、麻しんなど生ワクチンの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

※腸重積症のリスクを避けるため、1回目の接種を、出生14週6日後までに受けることを推奨しています。